

ESPERANZA

Viviendo Positivamente

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS

ACONTECIMIENTO/SÍNTOMAS/ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO/FECHA DE CONCLUSIÓN:

PREGUNTAS:

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS

ACONTECIMIENTO/SÍNTOMAS/ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO/FECHA DE CONCLUSIÓN:

PREGUNTAS:

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS

ACONTECIMIENTO/SÍNTOMAS/ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO/FECHA DE CONCLUSIÓN:

PREGUNTAS:

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS

ACONTECIMIENTO/SÍNTOMAS/ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO/FECHA DE CONCLUSIÓN:

PREGUNTAS:

REGISTRO DE PREGUNTAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD:

FECHA: _____

PREGUNTAS:

RESPUESTAS:

NUEVA RECETA MÉDICA: NO SI (REGISTRO DEL FORMULARIO MÉDICO)

REFERIMIENTO: NO SI

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA Y HORA DE LA CITA MÉDICA: _____

REGISTRO DE PREGUNTAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD:

FECHA: _____

PREGUNTAS:

RESPUESTAS:

NUEVA RECETA MÉDICA: NO SI (REGISTRO DEL FORMULARIO MÉDICO)

REFERIMIENTO: NO SI

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA Y HORA DE LA CITA MÉDICA: _____

REGISTRO DE PREGUNTAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD:

FECHA: _____

PREGUNTAS:

RESPUESTAS:

NUEVA RECETA MÉDICA: NO SI (REGISTRO DEL FORMULARIO MÉDICO)

REFERIMIENTO: NO SI

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA Y HORA DE LA CITA MÉDICA: _____

REGISTRO DE PREGUNTAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD:

FECHA: _____

PREGUNTAS:

RESPUESTAS:

NUEVA RECETA MÉDICA: NO SI (REGISTRO DEL FORMULARIO MÉDICO)

REFERIMIENTO: NO SI

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA Y HORA DE LA CITA MÉDICA: _____

REGISTRO DE PREGUNTAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD:

FECHA: _____

PREGUNTAS:

RESPUESTAS:

NUEVA RECETA MÉDICA: NO SI (REGISTRO DEL FORMULARIO MÉDICO)

REFERIMIENTO: NO SI

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA Y HORA DE LA CITA MÉDICA: _____

Departamento de Salud de Virginia
División de Prevención de Enfermedades
...VIH, ETS, TB, Rx
109 Governor Street
P.O. Box 2448
Richmond, VA 23218

Línea confidencial de Virginia de VIH/ETS/Hepatitis Viral
lunes a viernes
8:00 a.m. – 5:00 p.m.
1-800-533-4148
www.vdh.virginia.gov/std

